



Rückenschmerzen

R

# Grenzen der Mobilität?





# Handbuch MM Diagnostik und Therapie

von 448 Dateien

3 Dateien zur Stabilität

0,7% ( 506, 550, 800 )



3 Fälle aus

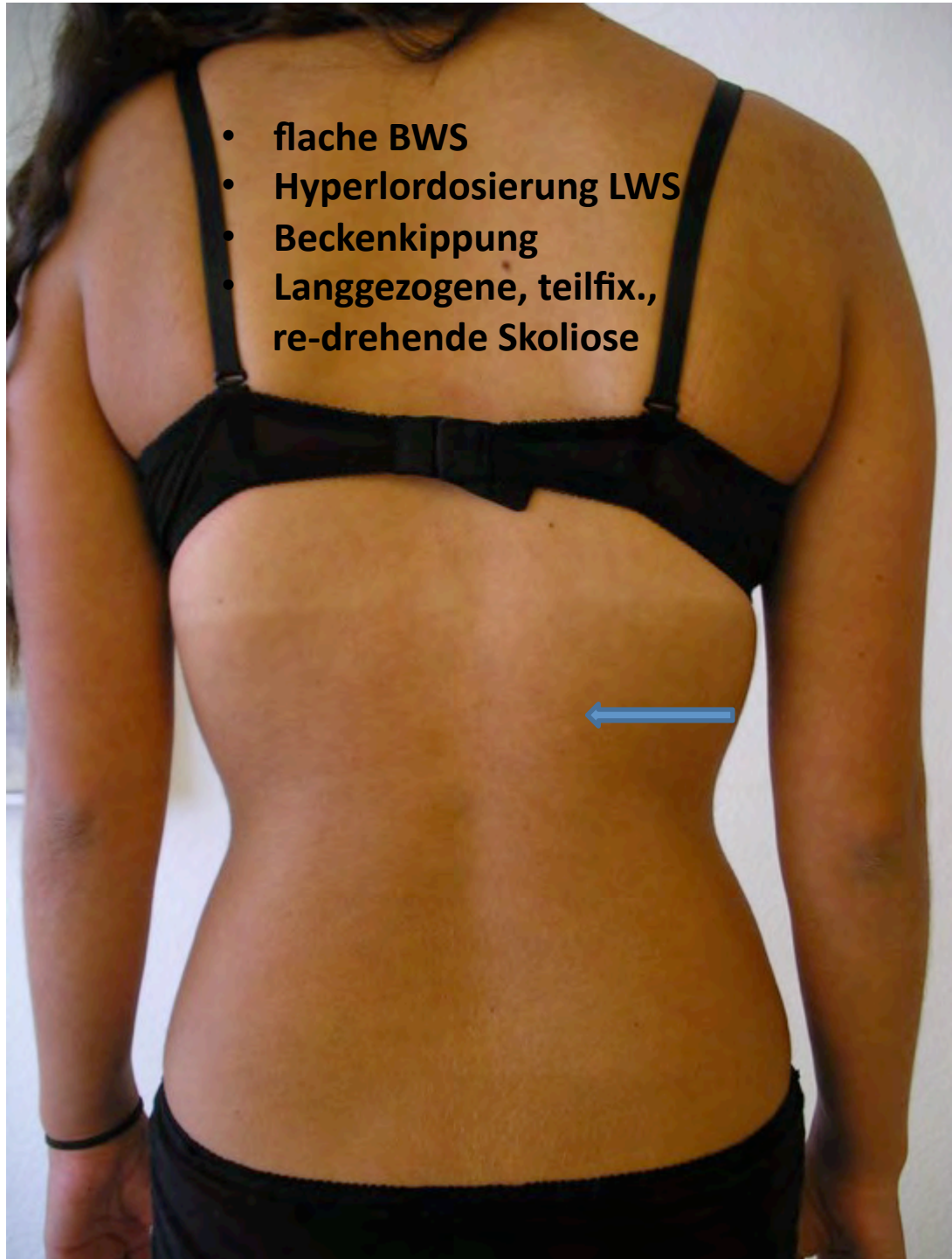
der Zweigstelle



## **17j, Fussballerin, angehende Detailhandelsfachfrau (Boutique)**

- **Seit Frühjahr 2014 episodisch lumbale Schmerzen 4/10 distal betont nach ½ h Stehen sowie nach dem Fussballspielen v.a. auf harter Unterlage**
- **Anlaufschmerzen lumbo-sakral nach Sitzen / morgens beim Aufstehen**
- **Manipulationen durch den HA, dann den Chiro, Triggerpunkttherapien lumbal durch die Physio ohne nachhaltige Wirksamkeit**
- **Geräteassistiertes Krafttraining ab Jan. 2015**
- **Sprechstunde Fitnessstudio Juni 15**

- flache BWS
- Hyperlordosierung LWS
- Beckenkipfung
- Langgezogene, teilfix., re-drehende Skoliose

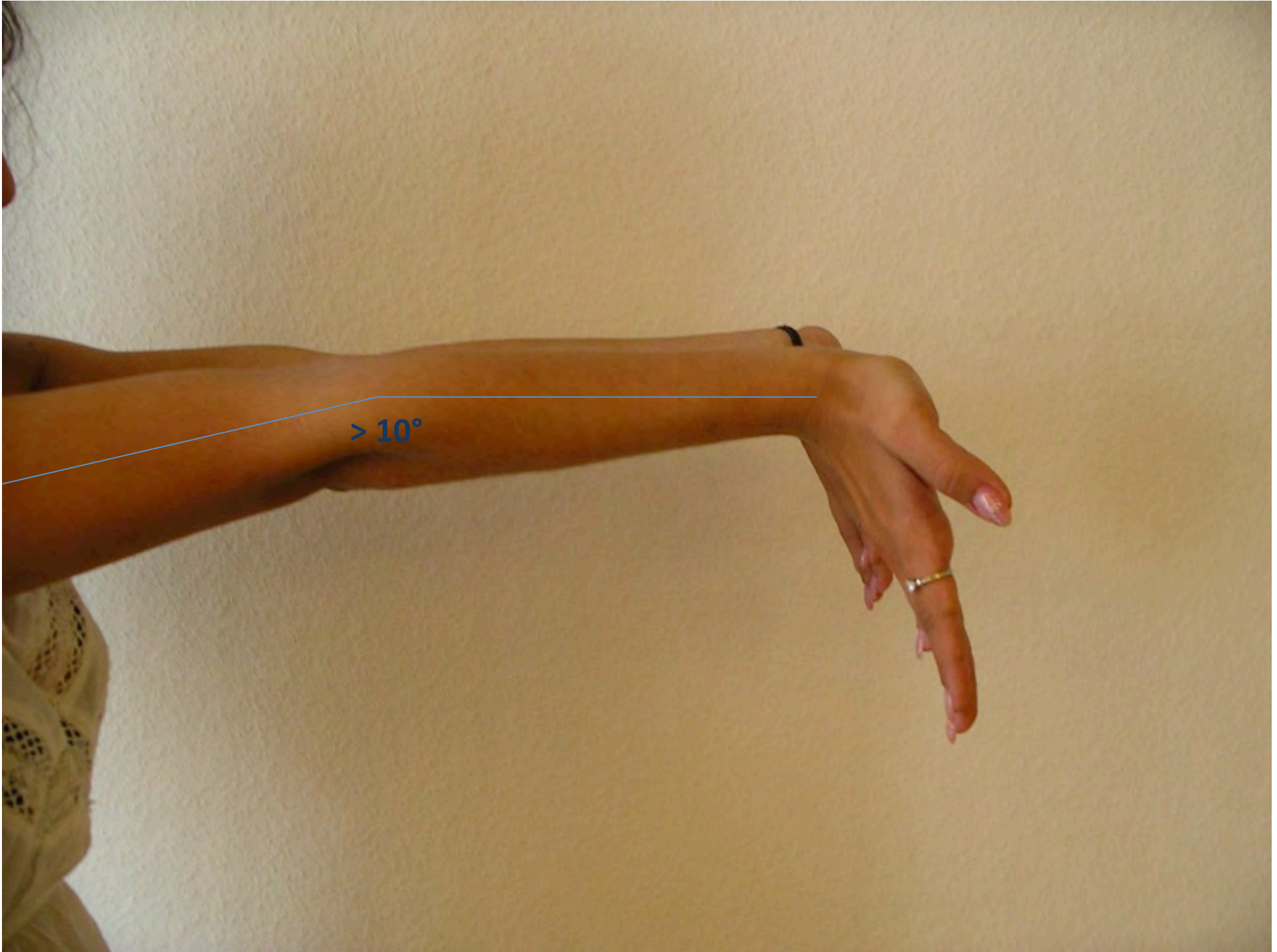
















# Weitere klinische Befunde

- **Sacro-iliacale Stellungsnomalie bei Skoliose ohne Provozierbarkeit von Schmerzen**
- **Fazettäre Schmerzprovokation L5/S in Richtung Konvergenz re > li**
- ***Schmerzprovok. v.a. myofaszial (Erectorsystem thoraco- lumbal, Quadratus lumb. li betont)***
- **Ausgeprägte muskuläre Stabilisierungsinsuff.:  
Globaltest Ausgangspos. 7 Sek. gehalten, 3 Reps. bei den seitl. Push ups**
- **Insuff. der Stabilisatoren von LWS/Becken in Rgt. Flexion bei der Testung aus Rückenlage**

# Beurteilung

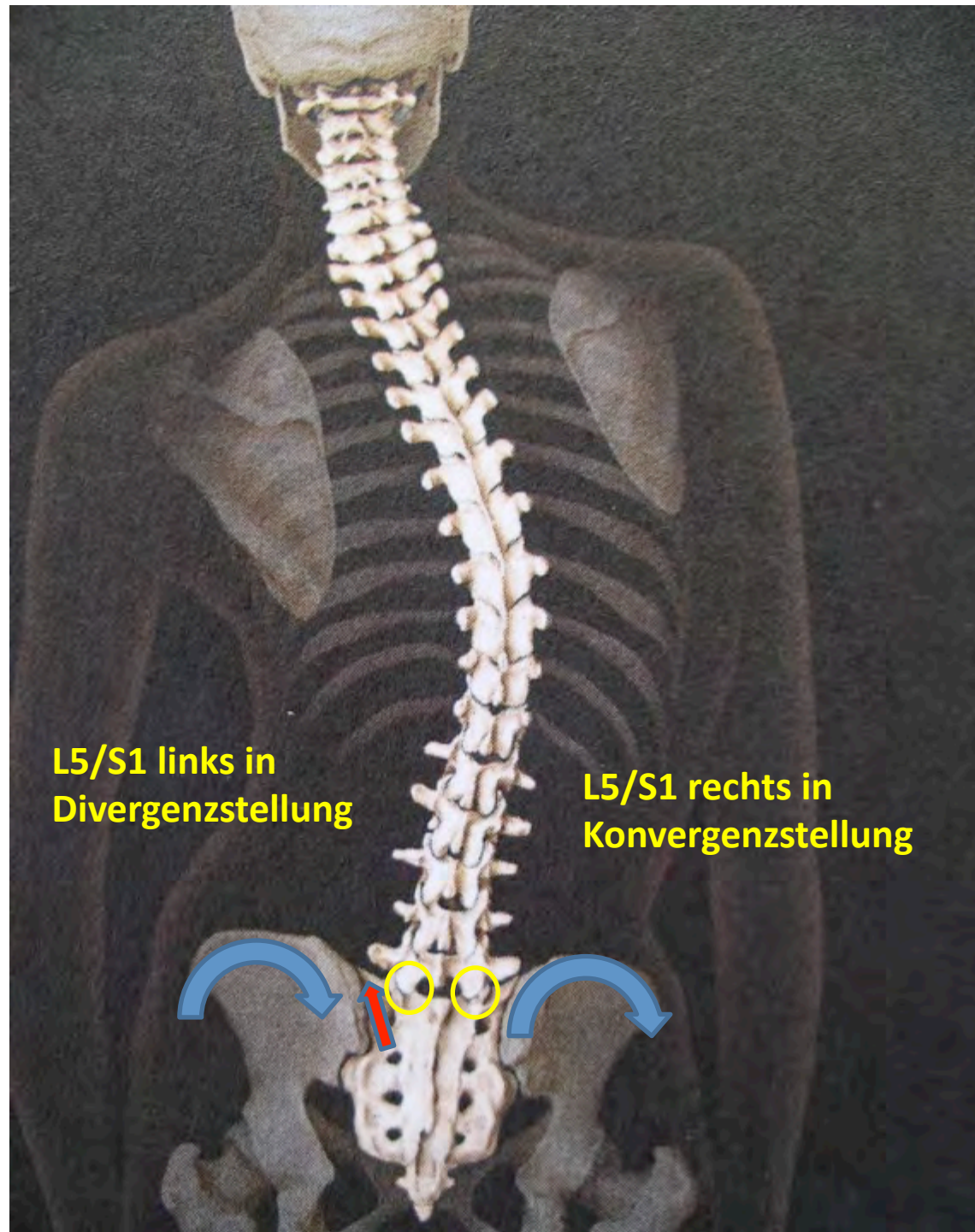
**Vorwiegend myofasziale und weniger ausgeprägt fazettäre Schmerzen (L5/S) bei:**

- **generalisierter Bandlaxizität**
- **teilfixierter rechts drehender Skoliose (Th 11)**
- **Insuffizienz der ventral stabilisierenden Rumpf- und pelvitrochanteren Muskulatur mit Hyperlordosierung der LWS und Beckenkippung als Folge**

# Ursachen der Beschwerderezidive

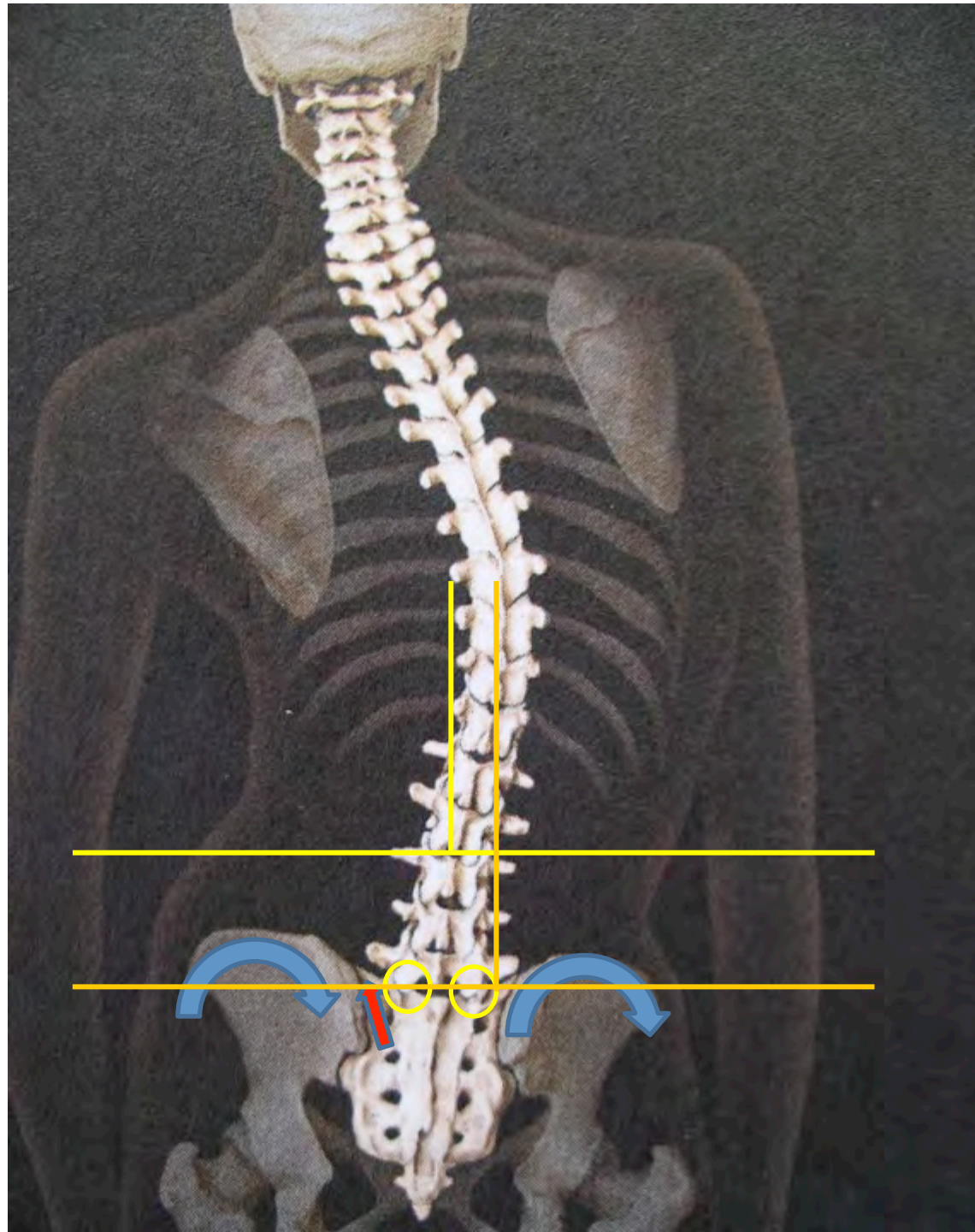
- **Nichtbeachten von Bandlaxität und musk. Stabilisierungsinsuffizienz (und Skoliose) als primäre Beschwerdeursache**
- **Segmentale Destabilisierung lumbal durch Mobilisation/Manipulationen**
- **Detonisierung der kompensatorisch aktiven Muskulatur (Dehnung, Triggerp.therapie)**
- **Krafttraining der Mobilisatoren ohne Berücksichtigung der Stabilisatoren**

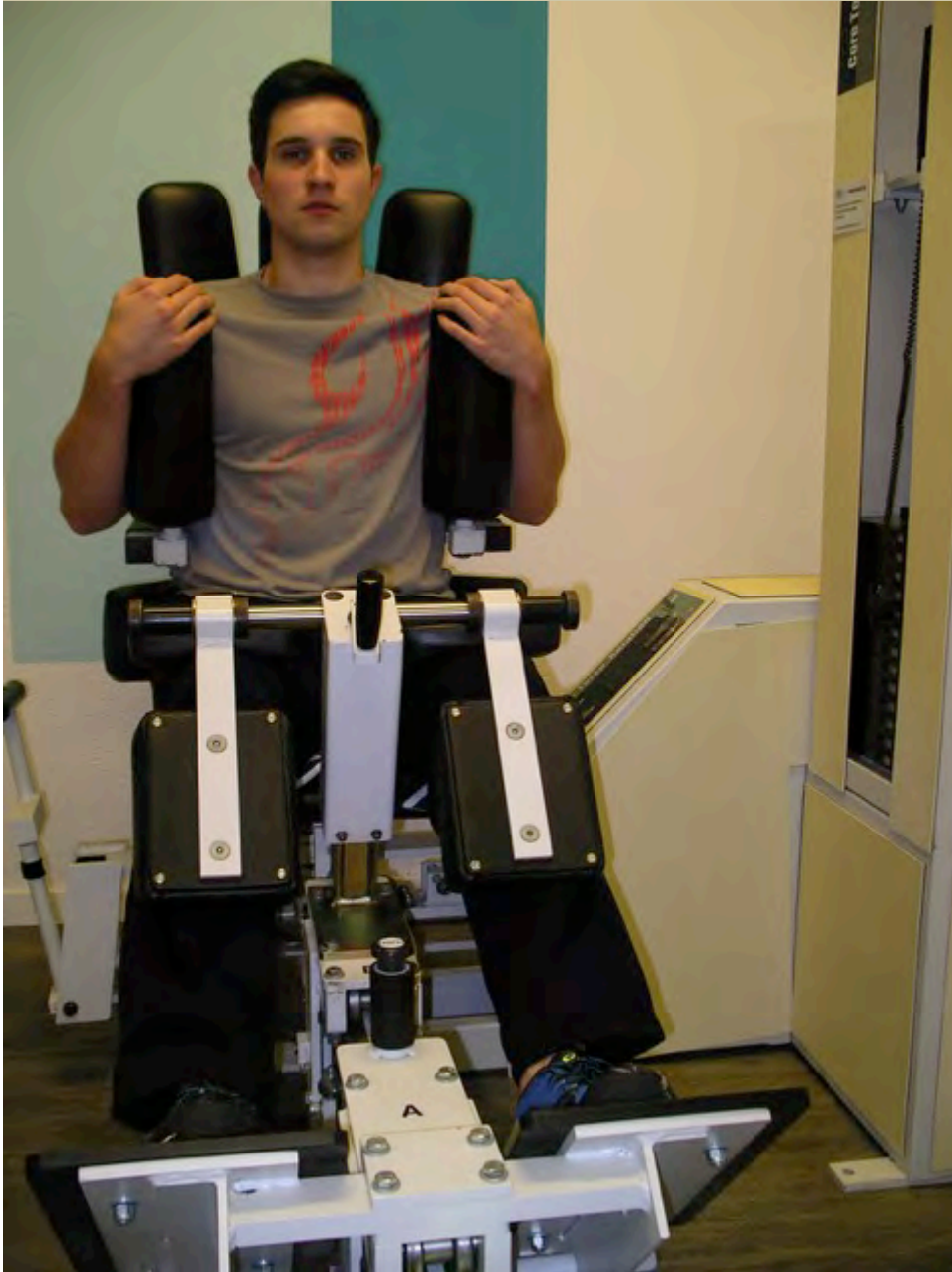




L5/S1 links in  
Divergenzstellung

L5/S1 rechts in  
Konvergenzstellung





**Derotierendes Bewegungs-  
und Krafttraining (NMI I)**

## 21j, Versicherungsangestellter

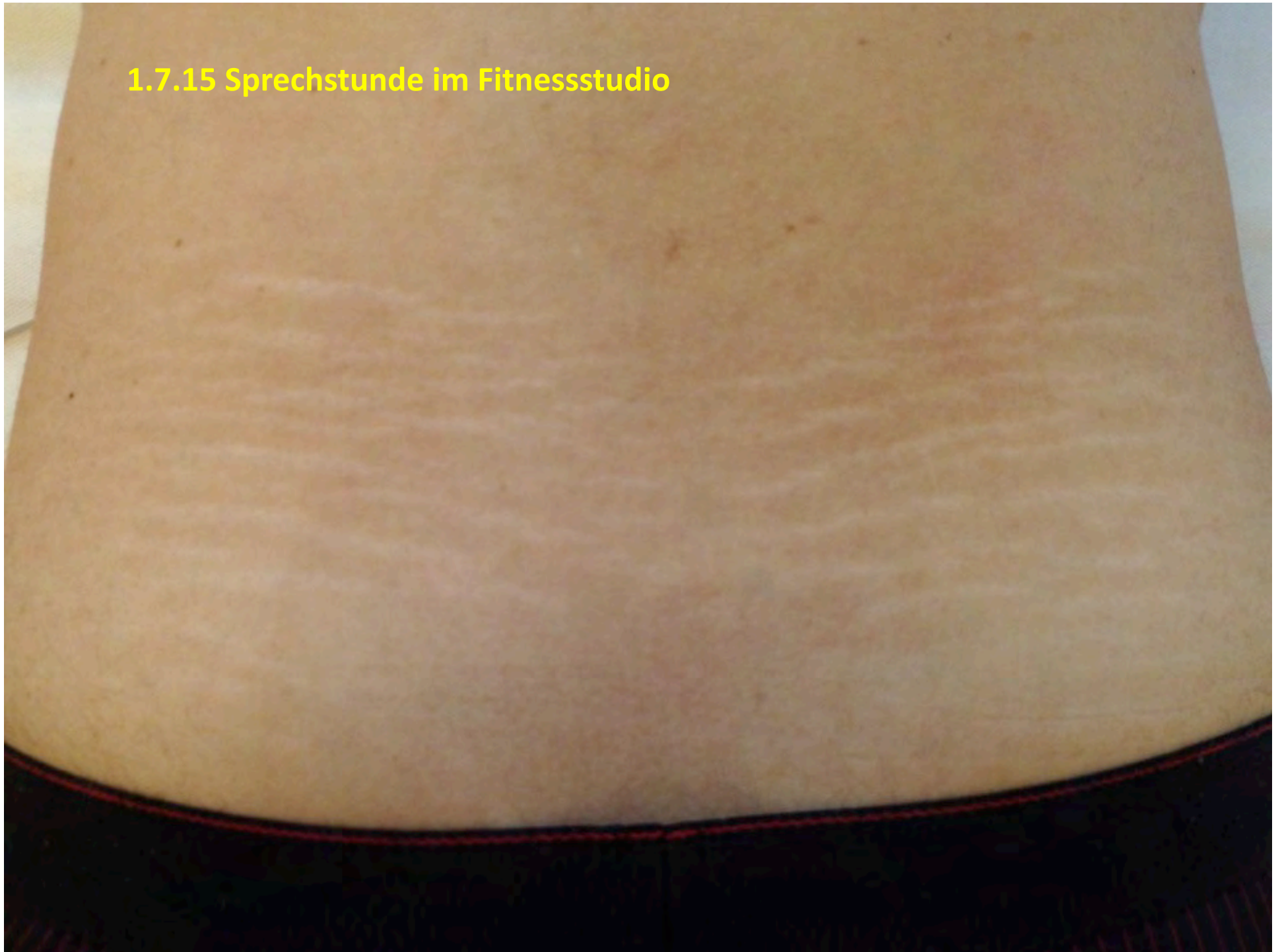
- Im ersten WK im Frühjahr 2014 erstmals und seither episodisch immer häufiger streng belastungsinduziert auftretende Schmerzen am thraco-lumbalen Übergang, lumbo-sakral und *im Leistenbereich rechts*
- Ab Herbst 2014 belastungsverstärkte Schmerzen v.a. thoraco-lumbal und in der Leiste rechts
- »» Hausärztliche Konsultation (Becken-Rx)



- **NSAR und physiotherapeutische Behandlung v.a. der Gesäßmuskulatur/Adduktoren rechts und**
- **Beginn des geräteassistierten Krafttrainings im Fitnessstudio**
- **bei ausbleibender Wirkung Selbstzuweisung zum Chiropraktor im März 2015**
- **Röntgen LWS ap/seitl., Mobilisationen (wahrscheinlich) der Segmente am thoracolumbalen Übergang**



### 1.7.15 Sprechstunde im Fitnessstudio





## Wesentliche klinische Befunde

- Zeichen der Bandlaxität (Knie- und Ellbogengelenke)
- hypomobile Dysfunktion und ungerichteter Bewegungsschmerz L5/S (Olisthesis)
- Flexionsfehlstellung und Schmerzprovokation in Rtg. Extension der Seg. am thoraco-lumbalen Übergang
- ausgeprägte muskuläre Stabilisierungsinsuffizienz (in Rtg Extension thoraco-lumbal, in Rgt Flexion lumbosakral); aktive Triggerp. Psoas rechts (Leistenschmerz)
- Hüftgelenke mit  $< 2/3$  JR-Einschränkung bei  $80^\circ$  Flex. ohne Provozierbarkeit von Schmerzen (FAI)

# Beurteilung

- **Aktivierte Segmentdegeneration L5/S bei Instabilität/ Lyse L5 mit **O**listhesis von 25% (Grad I nach Meyerding ), und sekundär dazu als kompensatorische Fehlhaltung:  
*Kyphosierung + symptomatische Dysf. der Segmente am thoraco -lumb. Übergang***
- **Generalisierte Bandlaxität**
- **Insuff. der ventralen Stabilisatoren von WS/Becken**  
»» myofasz. Schmerz Psoas re (Leistenschmerzen)
- **schmerzasymp. Cam-Deformität der Hüftgelenke**

## **Ursache der Beschwerderezidive**

- **Nichtbeachten von Bandlaxität und musk. Stabilisierungsinsuffizienz (und Olisthesis) als primäre Beschwerdeursache**
- **Segmentale Destabilisierung thoraco-lumbal durch Mobilisation/Manipulationen**
- **Detonisierung der kompensatorisch aktiven Muskulatur in der Physiotherapie**
- **Krafttraining der Mobilisatoren ohne Berücksichtigung der Stabilisatoren**

## 26j, Fachangestellte Gesundheit

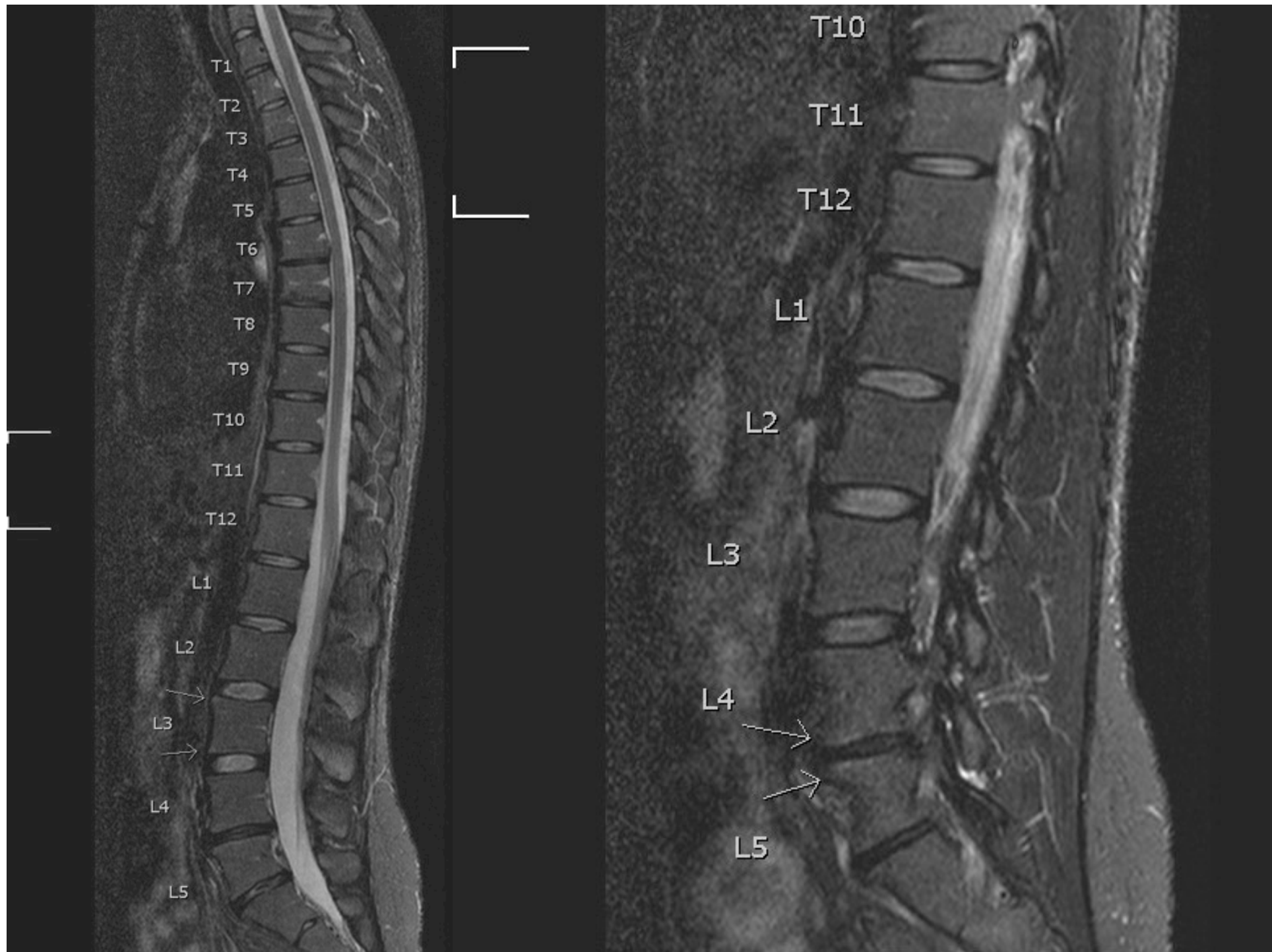
- Seit Sommer 2014 Anlaufschmerzen bis 7/10 und ein Steifigkeitsgefühl lumbal/Becken bds morgens beim Aufstehen, tagsüber belastungsverstärkt bis 4/10, selten Verwenden von NSAR, dann mit guter Wirkung
- Ab Herbst 2014 nächtliche Schmerzen *beim Drehen im Bett* und Abnahme der Belastungstoleranz tagsüber
- Dez. 14 Hausarzt: Annahme einer Stabilisierungsinsuff. lumbal »» Muskuläre Reha beim Physio im Fitnessstudio
- Normalisierung der Belastungstoleranz tagsüber aber Persistenz der Schmerzen beim Drehen nachts sowie der morgendl. Anlaufschmerzen/Steifigkeit >1h
- Im April 15 auf Anraten des Physios Kons. in meiner Sprechstunde im Fitnessstudio

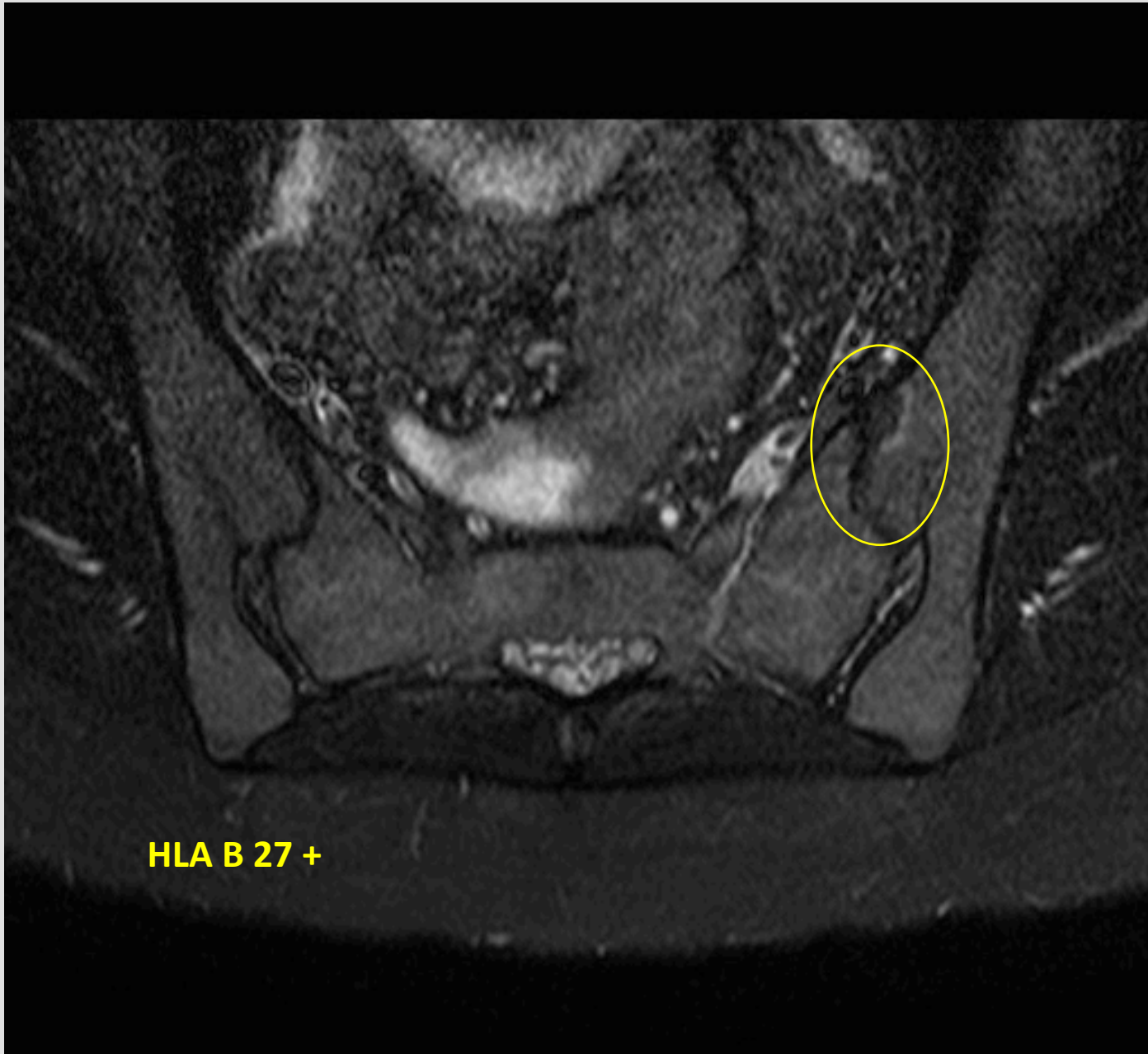
## wesentliche Befunde

- blande FA/SA ohne Ap für viszerale/kutane Manifestationen einer entzündl. Systemerkrankung
- in allen FG schmerzhaft ↓ Bewegl. der LWS global mit *ungerichteter* Schmerzprovokation L4/5/S
- deutlich schmerzhafte Provokationstests für SIG resp. den sakro-iliakalen Bandapparat li > re
- Rest unauffällig resp. ohne pathologische Befunde von unmittelbarer Relevanz für das Beschw.bild

# Differenzialdiagnose

- **Beginnende Segmentdegenerationen, aktiviert durch eine musk. Stabilisierungsinsuff. bei körperlich belastender Tätigkeit als FaGe**
  - **Axiale Spondylarthritis**
- »»» **Verlaufsbeobachtung nach Trainingsadaptation mit klaren Zielvorgaben, vermehrt NSAR auf Nacht**
- Nach 2 Monaten Trainings-Zielvorgaben erreicht, aber: morgendliche Schmerzen/Steifigkeit pelvitrochanter nur mit NSAR auf die Nacht erträglich**





**HLA B 27 +**



# Beurteilung

- **Stabilisierungsinsuffizienz + belastungsinduziert symptomat. Dysf. bei Seg.deg. L4/5/S (black discs)**
- **Axiale Spondylarthritis (LWS, SIG)**

## **Ursache der Beschwerderezidive**

- **Im Verhältnis zu den Belastungen als FaGe insuffiziente musk. Stabilisierungsfähigkeit**
- **Detonisierung der kompensatorisch aktiven Rumpf-und pelvitrochanteren Muskulatur**
- **Krafttraining der Mobilisatoren ohne hinreichende Berücksichtigung der Stabilisatoren**
- **Verpassen der 2. Diagnose bei initial «hinreichenden» Befunden für eine 1.Diagnose**

## Fazit aus den 3 Beispielen

- **Beweglichkeit allein ist noch keine Qualität, es braucht die muskuläre Bewegungskontrolle**
- **Bei muskulärer Stabilisierungsinsuffizienz von WS und Gelenken sind Mobilisationen, Manipulationen und musk. Detonisierung allein in der Regel kontraproduktiv**
- **Bei wiederkehrenden Rückenschmerzen das Immunsystem nicht vergessen**

**Die grösste therapeutische  
Fallgrube in der Manuellen  
Medizin ist die  
*destabilisierende Mobilisation*  
von Wirbelsäule und Gelenken**



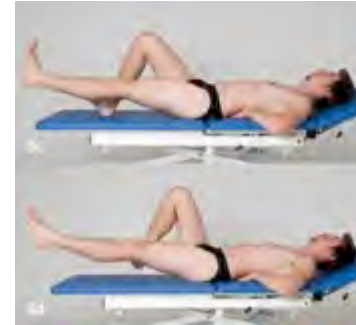
C. Richardson P. Hodges J. Hides

# Segmentale Stabilisation im LWS- und Beckenbereich

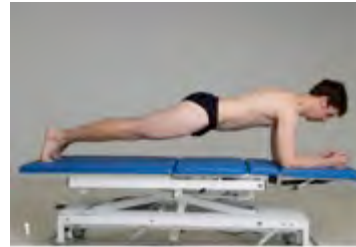
Therapeutische Übungen zur Behandlung von Low Back Pain



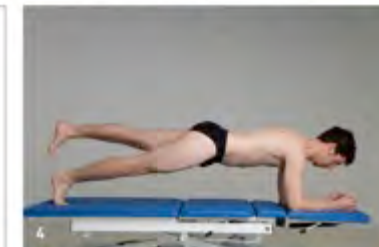
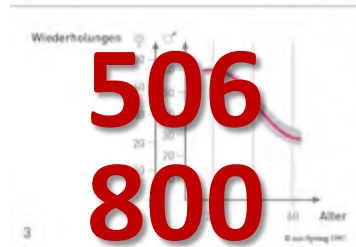
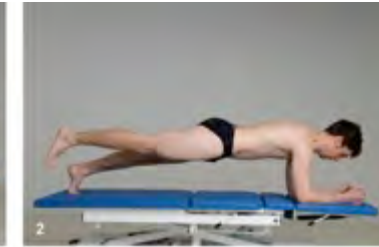
URBAN & FISCHER



**550**  
Beurteilungskriterien: Die Beckenstellung kann gehalten werden. Kontrolle durch den Patienten selbst oder durch ein Luftkissen mit Manometer (30-40mm Hg, Schwankung nicht >10mm Hg). Ergebnstellung: In der Phase der Flexion der Extremitätengelenke dominiert die Flexionskontrolle und in der Phase der Extension die Extensionskontrolle der LWS. Hinweise: Eignet sich speziell gut als Heimübung. Bei Bedarf können Dehnübungen / Tag, Setz / die Fähigkeit voranzutreten. Das Manometer aus abdominell bewusst aktivieren. Ein Kind, das sich selbstständig geholt werden muss, kann durch die Hände aus neutraler Mittelstellung den Bauchnabel langsam zur WS ziehen, evtl. Palpation mit den Händen.



Erweiterung der Übung: Die Ferse des nicht bewegten Beins wird abgeholt gehalten (Abb. 5d), was eine zusätzliche Rotationskontrolle der WS voraussetzt. Weitere Steigerung: gleichzeitige, abwechselungsweise durchgeführte Flexion und Extension der Beine.



**506**  
**800**